

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CARACTERÍSTICAS Y ABORDAJE DEL INSOMNIO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Alumno: Jorge Navarro Irles

Tutora: Manuela Ibarra Rizo

Curso. 2018/19

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	3 - 4
2. INTRODUCCIÓN.....	5 - 8
3. OBJETIVOS.....	9
4 METODOLOGÍA.....	10-11
5 RESULTADOS.....	12-14
6 DISCUSIÓN.....	15-16
7 CONCLUSIONES.....	17-18
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19-21
9 TABLAS Y ANEXOS.....	22

Resumen

Introducción: El insomnio es el trastorno de sueño más prevalente en la actualidad en la población adulta. Un insuficiente descanso conlleva efectos en el día a día de los pacientes aumentando la probabilidad de enfermedades subyacentes.

Objetivos: Conocer el abordaje del insomnio que se está llevando a cabo a la población adulta por atención primaria, los tratamientos más frecuentes (farmacológico vs no farmacológico), las causas y las consecuencias así como conocer la educación sanitaria que se le proporciona a la población acerca de los problemas de descanso.

Metodología: Revisión de la evidencia científica, artículos y guías clínicas para conocer las actuaciones desde atención primaria ante el insomnio, consecuencias y tratamiento que este trastorno tiene en la población adulta. La búsqueda de artículos fue realizada en distintas bases de datos como Pubmed, Medline, Cinahl... así como guías clínicas actualizadas.

Resultados: Se describen la causas más prevalentes como son el dormir durante el día o la existencia de ruido ambiental a la hora del descanso. En cuanto al tratamiento, debe ser combinado entre las medidas farmacológicas y las no farmacológicas, destacando estas últimas. El estado Civil o el Género, también son condicionantes al insomnio. Además, se describen las medidas no farmacológicas que deben primar en una atención integral y satisfactoria en el paciente en cuestión por parte del enfermero/a. El abordaje de este trastorno debe ser multidisciplinar, desde atención primaria.

Conclusiones /discusión: Se puede evidenciar la importancia y necesidad de los tratamientos no farmacológicos en el abordaje del insomnio, donde el papel de enfermería puede ser crucial, y por ello sería interesante enfocar próximas investigaciones al respecto. Se necesita una mayor formación de las técnicas no farmacológicas por parte del personal de enfermería para poder implementarlas y actuar satisfactoriamente. Ello, conllevaría a un ahorro del gasto sanitario, de dependencia de fármacos y de efectos adversos en el paciente.

Palabras Claves: *Insomnio, atención primaria, factores relacionados, tratamiento, educación sanitaria.*

ABSTRACT

Introduction: Insomnia is the most prevalent sleep disorder in the adult population. Insufficient rest has a lot of effects in the day to day of patients, increasing the probability of others diseases.

Objetives: Knowing the insomnia approach that is being carried out to the adult population by primary care, the most frequent treatments (pharmacological vs non-pharmacological), the causes and consequences as well as to know the health education that is provided to the population about the rest problems.

Methodology: Review of scientific evidence, articles and clinical guidelines to know the actions from primary care in the face of insomnia, consequences and treatment that this disorder has in the adult population. The search for articles was done in different databases such as Pubmed, Medline, Cinahl ... as well as updated clinical guidelines.

Development: The most prevalent causes are described, such as sleeping during the day or the existence of environmental noise at rest time. Regarding treatment, it should be combined between pharmacological and non-pharmacological measures, highlighting the latter. Civil status or gender are also conditioning to insomnia. In addition, the non-pharmacological measures that should prevail in a comprehensive and satisfactory care in the patient in question by the nurse are described. The approach of this disorder must be multidisciplinary, from primary care.

Conclusion: The role of nursing can be crucial in the necessity of non-pharmacological treatments in the insomnia and for that reason it would be interesting to focus future research in this regard. It is needed a greater training of non-pharmacological techniques on the part of the nursing staff in order to implement them and act satisfactorily. This would lead to savings in health spending, drug dependence and adverse effects on the patient.

Key Words: *insomnia, primary attention, related factors, treatment, health education.*

INTRODUCCIÓN

Las personas, como cualquier ser humano, necesitan dormir y descansar para poder mantener un estilo de vida saludable y realizar las actividades correspondientes que se nos exigen día a día. Así mismo, todos nosotros dedicamos aproximadamente un tercio de la vida a dormir, por lo que se le debe dar la importancia que merece teniendo el sueño una función protectora y restauradora.

De no cumplirse lo anteriormente mencionado, aparecen los siguientes efectos en la vida diaria:

- Agotamiento Físico
- Bajo Rendimiento
- Sueño diurno
- Incapacidad para realizar las obligaciones individuales, sociales, familiares y la consiguiente frustración e impotencia que se genera.

Durante el sueño, disminuye la actividad motora y la respuesta a estímulos externos, se liberan hormonas, se produce la regeneración tisular así como se ordena la información recibida durante el día y ayuda a la memoria. También se requiere para una buena salud emocional, por lo que está presente durante toda la vida, aunque con características diferentes a lo largo del ciclo vital. (1)

Por otro lado, la edad parece ser el factor modificador más consistente de la necesidad y de la arquitectura del sueño. Respecto a la necesidad de dormir, se produce una disminución paulatina con la edad. Por ejemplo, mientras que un recién nacido duerme unas 16 horas, el lactante entre 12 y 14 horas, a los 3-5 años unas 11 horas y a los 9-10 años unas 10 horas, ya en la edad adulta el grueso de la población lo hará entre 7 y 8 horas por noche. Esta caída podría ser aún más pronunciada en la senectud (2).

El sueño normal se compone de dos fases principales de sueño (3):

- **Fase No REM o sueño lento.** Se caracteriza por la no existencia de movimientos oculares y beneficia la recuperación **física**. Esta a su vez se divide en 4 fases:
 - ✓ **Fase 1 o de sueño ligero:**
 - Dura de 2 a 5 minutos.
 - EEG: ondas alfa.
 - Pueden haber ensoñaciones.

- Fácil despertar a la persona.
- ✓ **Fase 2 o de sueño intermedio:**
 - Dura de 10-20 minutos.
 - EEG: ondas rápidas y complejos K (husos).
 - Pueden haber mioclonías y sensación de caída
- ✓ **Fase 3 o de sueño profundo:**
 - Duración variable en función del cansancio de la persona.
 - EEG: ondas Delta.
- ✓ **Fase 4: Sueño más profundo:**
 - Muy difícil dura aprox. 20 minutos.
 - Se segrega hormona del crecimiento.
 - Muy difícil despertar a la persona.

En el sueño **NO REM** la mayoría de las funciones fisiológicas del organismo están reducidas y aparecen movimientos corporales involuntarios.

- **Fase REM o sueño paradójico:**
 - Movimientos rápidos de los ojos.
 - Dura de 90-120 minutos.
 - Beneficia la recuperación **psíquica**.
 - EEG: ondas rápidas (\approx vigilia)
 - Los sistemas nerviosos simpático y parasimpático asumen el control \uparrow funciones vitales, la respiración y la FC irregulares.
 - Se segregan hormonas adrenales.
 - Se produce erección genital y \uparrow secreción vaginal.
 - Se producen los sueños.

En la fase REM o sueño de movimiento ocular rápido, existe gran actividad cerebral y niveles de actividad fisiológicas similares a los del estado de vigilia.

Son característicos los sueños extravagantes, normalmente abstractos y surrealistas, con alta afectividad, a diferencia de los del período No REM, menos excéntricos. (4)

Cuando el sueño se ve alterado pueden aparecer diversos trastornos del sueño, como el insomnio, siendo éste el motivo más frecuente de consulta en la población general y en el que nos vamos a centrar fundamentalmente. (5, 6)

De hecho, incluso en la supuesta población sana, existen problemas de sueño sin diagnosticar por parte tanto de los profesionales como del propio afectado. (7)

Uno de los trastornos más comunes es el insomnio. Según criterios DSM-IV-TR, el insomnio está definido como la dificultad para iniciar o mantener el sueño o no tener un sueño reparador durante al menos un mes. Esto, provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo sin existencia de otras comorbilidades asociadas. También, causa malestar o deterioro social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento. (8, 9)

Características fundamentales diagnósticas de insomnio:

- Dificultad del **sueño ≥ 3 noches/semana**.
- Dificultad del sueño presente **durante ≥ 3 meses**.
- Dificultad del sueño **a pesar de condiciones favorables** para dormir.
- No se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia.
- No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

El sueño es una necesidad fisiológica que permite establecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un adecuado rendimiento en todas sus facetas. En caso de verse alterada, aparecen los trastornos del sueño como el insomnio.

Existe información procedente de encuestas realizadas a la población general sobre la gran prevalencia e incidencia de los trastornos del sueño. Así mismo, existe un gran interés y desconocimiento sobre las causas, consecuencias y síntomas de los trastornos, en definitiva, lo que significan. **Gráfico 1**

El insomnio es un motivo prevalente en las consultas de atención primaria, de hecho, en algún momento de la vida, hasta un 50% de adultos lo padecerá ante las situaciones estresantes del día a día, por lo que el estrés juega un papel importante en su aparición.

Se estima que un tercio de la población sufre de insomnio cuando se consideran tan solo los síntomas nocturnos (dificultad para iniciar o mantener el sueño) pese a que esta

cifra disminuye hasta el 10% cuando se consideran las consecuencias diurnas, por lo que el insomnio crónico lo padece entre un 6% y un 10% de la población (10).

Por ejemplo, en un estudio español, el 20,8% de la población general presenta al menos un síntoma de insomnio durante 3 o más noches por semana, pero solamente el 6,4% fueron diagnosticados de insomnio por criterios DSM-IV2.

La prevalencia del insomnio aumenta con la edad y es más común en mujeres de 40-50 años, personas con bajo nivel socioeconómico y pacientes con trastornos médicos, psiquiátricos o con antecedentes de abuso de sustancias. (11)

En función de las características de su aparición, el 40,5% refería que le afectaba diariamente mientras que otro 40,5% lo padecía al menos tres veces por semana. Se estimó una prevalencia global de insomnio del 46%.

Sin embargo, en España, no existen muchos estudios acerca de la incidencia del insomnio en la población general por lo que es un tema raramente conocido y preguntado.

Esta prevalencia, se puede observar mediante el registro por parte de los profesionales de la salud a través de los diagnósticos CIE y NANDA utilizando la terminología “trastorno o deterioro del patrón del sueño y privación del sueño” y quedando constancia de la importancia que se le debe dar.

En cuanto a estos, el 90.8% presentaban diagnóstico CIE por parte del médico de primaria y únicamente el 6,3 % tenían diagnóstico Nanda por parte de enfermería en AP. (12) **Tabla 1**

A pesar de que las quejas sobre el descanso son frecuentes, son pocos los pacientes que solicitan atención sanitaria de forma específica. (13, 14)

En cuanto al gasto que supone, en un estudio de Da ley y cols, en una muestra aleatorizada de 984 adultos de la provincia de Quebec, se estudiaron a pacientes con trastorno de insomnio y con los datos obtenidos se deduce el coste elevado en el tratamiento del insomnio teniendo en cuenta sus distintas vertientes de consultas, transporte a las mismas, pérdida de productividad, prescripción de medicamentos...(15)

Por todo lo comentado, se ha decidido elegir este tema para conocer lo qué se sabe y hacia dónde deberíamos ir para conseguir que la calidad de vida de la gente adulta no se vea perjudicada por el descanso. (14)

Objetivos:

Objetivo General:

Profundizar en el abordaje desde Atención Primaria que se les proporciona a la población adulta que padecen de insomnio en España, las causas y las consecuencias.

Objetivos específicos:

Describir el tratamiento más común que se le proporciona a la población adulta (Farmacológico vs no farmacológico).

Conocer la educación sanitaria que se le proporciona a la población acerca de los problemas de descanso.

Metodología

Consiste en una revisión bibliográfica de la literatura gratuita basándome en diferentes estudios e investigaciones para conocer las causas, consecuencias, abordaje y factores responsables del trastorno del sueño más común en las consultas de AP: el insomnio.

El período de realización fue de Enero a Mayo de 2019, consultando también datos en tablas y gráficas que se muestran en el anexo.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales, protocolos y guías clínicas de enfermería en español e inglés y en diferentes bases de datos.

Las **bases de datos** utilizadas han sido:

Pubmed, ScienceDirect, Enfermería clínica, Atención Primaria, Medline y Cinahl.

Descriptores: En un principio, se utilizaron un gran número de descriptores (Insomnio, Causas, Consecuencias, Atención Primaria, Factores de riesgo, Tratamientos e Higiene del Sueño, pero dado la variabilidad de artículos encontrados que no servían para el trabajo, se redujo quedando de forma definitiva: Insomnio, atención primaria, factores relacionados, tratamiento y educación sanitaria.

La mayoría de las referencias bibliográficas son actuales, siendo estas entre los últimos 10 años, habiendo alguna más antigua necesaria por su contribución en datos e información relevante para la realización de este trabajo. Así mismo, han sido seleccionados indistintamente entre el idioma español y el inglés, siendo lo más actualizado del momento.

Criterios de exclusión:

- Estudios de población infantojuvenil.
- Estudios de pacientes con alguna enfermedad de base que acompaña al insomnio.

Criterios de Inclusión:

- Estudios en pacientes con diagnóstico establecido insomnio.
- Estudios en pacientes mayores de 65 años
- Estudios en artículos con fecha actualizada en inglés/español

Palabras Clave: Insomnio, población adulta, tratamiento, educación sanitaria, Atención Primaria, Factores de riesgo.

Operadores booleanos utilizados: AND, NOT y OR.

La normativa utilizada para la citación de los artículos, guías de práctica clínica y evidencia encontrada ha sido mediante las normas Vancouver.

Como limitación del trabajo se podría citar la imposibilidad de consultar estudios con acceso de pago.

Resultados:

En cuanto a las repercusiones, se descubrió por orden de frecuencia las siguientes repercusiones: sensación de descanso nocturno insuficiente, somnolencia diurna, interferencia en labores cotidianas y relaciones sociales, falta de sueño y se acostaban pensando que iban a dormir cómo lo menos frecuente. La mayoría de ellos tienen dificultad para iniciar o mantener el sueño o este no es reparador, y les dura este trastorno al menos 1 mes. (16)

En cuanto a las causas, se encontró que la más común era el dormir durante el día, seguido del consumo de estimulantes como el café, las bebidas alcohólicas o tener un horario de descanso nocturno irregular. Otro hábito en orden decreciente era el acostarse con hambre, así como el consumo de tabaco, seguido de visualizar la televisión en la cama y el consumo de coca cola. El hábito más común antes de irse a dormir resultó ser ver la televisión entre los que padecen de insomnio. (16)

Relacionadas con factores ambientales como el ruido, iluminación, conversaciones externas en domicilios de vecinos que perjudican el sueño reparador y facilitan el insomnio. Es por eso, que existen estudios que proponen para una mayor higiene en el sueño nocturno, una serie de recomendaciones acerca de los conceptos citados. (16, 17, 18)

En cuanto a estos, se encontró que la mayor causa era padecer los ronquidos de la pareja, tener una cama incómoda, la existencia de ruido durante toda la noche, el exceso de temperatura en el habitáculo y por último la iluminación excesiva. (16)

El estado civil o el género, se pueden considerar otras causas de insomnio, pues aumentaron los problemas de descanso en los pacientes viudos mientras que en cuanto al género, existe una mayor incidencia en las mujeres que en los hombres. (6, 19).

En pacientes mayores de 65 años, un estudio descriptivo observacional de corte transversal estudió la prevalencia de insomnio y los condicionantes ambientales que influyen en la aparición. En este estudio, como dato a destacar, el 77% de personas que padecen insomnio no había sido informado de ninguna recomendación acerca de cómo mejorar y fomentar el patrón del sueño y descanso por parte de los profesionales de enfermería y tan sólo un 43,2% se veía reflejado y registrado en su historia clínica alguna referencia acerca del insuficiente descanso. (16)

En cuanto al tratamiento, existe una gran diferencia entre las consultas acerca del insomnio y la elevada utilización de fármacos para tratarlas, fundamentalmente de benzodiacepinas. Para tratar el insomnio suelen utilizarse depresores del sistema nervioso central, que provocan relajación física y mental. Su utilización debería ser de corta duración y supervisada, para evitar dependencias. La utilización prolongada aumenta el riesgo de caídas en pacientes ancianos y disminuye los niveles de atención. En los últimos años existe un aumento de su consumo, siendo la mayoría de las prescripciones realizadas desde atención primaria. (19, 20)

La prescripción de benzodiacepinas debería ser una medida coadyuvante y limitada en el tiempo en el abordaje integral del insomnio. Como alternativa, está la fitoterapia. La valeriana presenta un nivel de evidencia Ib para el tratamiento del insomnio, con escasos efectos secundarios (11, 21). Además, en España, el segundo motivo de prescripción de benzodiacepinas de vida media y larga es el Insomnio (22).

Existen numerosos estudios que concluyen que las medidas no farmacológicas son muy eficaces y aportan un mayor número de beneficios al afectado que las farmacológicas así como en el concepto de coste-efectividad. Estas, siendo las más utilizadas las benzodiacepinas, se ha comprobado que producen dependencia haciendo que el consumo se prolongue durante meses o años en lugar de un máximo de 4 semanas como debería ser.

En un ensayo clínico no aleatorizado a simple ciego, se evaluó la efectividad de asociar una intervención educativa breve al tratamiento farmacológico para el insomnio en dos centros de salud de Gijón. Por un lado, el grupo intervención estuvo formado en medidas de control de estímulos, higiene del sueño y técnicas de relajación y respiración mientras que al grupo control se le hicieron mediciones no invasivas.

Finalmente, se evidenció que implementar una intervención educativa breve en atención primaria mejora y facilita notablemente la calidad del sueño y conlleva una menor prescripción de benzodiacepinas. (14)

El tratamiento no farmacológico del insomnio conlleva de medidas higiénicas del sueño, control de estímulos, relajación muscular progresiva, técnicas de respiración consciente y restricción del tiempo en la cama. Su ventaja respecto al tratamiento exclusivamente farmacológico es el menor coste, menos efectos secundarios y el paciente es el protagonista activo de su mejoría; a largo plazo, tiene menor riesgo de recaídas. (14)

Sin embargo, a pesar de los beneficios del tratamiento no farmacológico, la atención enfermera por parte de atención primaria, de los pacientes que refirieron problemas para dormir, únicamente el 23% de personas había consultado a su enfermera de atención primaria acerca de este problema, (no siendo este el primer motivo de consulta).

En diversos estudios, las terapias cognitivo-conductuales está infrautilizadas desde Atención Primaria a pesar de sus beneficios que comportan en términos coste – Efectividad. (8)

En un estudio descriptivo-observacional, longitudinal y retrospectivo, se estudió acerca de las medidas para abordar el insomnio. En este, se destaca que las intervenciones no farmacológicas fueron pautadas por el personal de medicina y ninguno por enfermería. Como datos de tratamientos, el 76,3% habían recibido solamente el tratamiento farmacológico, el 4,3% las no farmacológicas y el 5,3% habían utilizado una combinación de ambos. (12)

Por otro lado, las terapias cognitivo-conceptuales se utilizan muy poco en comparación a los fármacos. Se debería de formar a las enfermeras y promocionar esta técnica. (6, 19)

Por tanto, en cuanto al tratamiento no farmacológico que se debe proporcionar atendiendo a las causas comentadas y evidenciadas en estudios es el siguiente (6):

1. Horarios regulares de sueño. Los cambios constantes en los horarios de sueño aumentan la probabilidad de que se generen dificultades graves y crónicas para dormir.
2. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir: temperatura ausencia de ruidos y luz, dormitorio, etc.
3. Comer a horas regulares y evitar comidas copiosas cerca de la hora de acostarse/irse con hambre.
4. Limitar la ingesta de sustancias estimulante, como café, o el tabaco
5. Permanecer en la cama entre siete y ocho horas
6. Evitar siestas prolongadas durante el día, como máximo de 30 minutos.
7. Realizar ejercicio físico de manera regular durante el día y evitarlo por la noche por su efecto estimulante.
8. Evitar actividades en la cama actividades tales como ver la televisión.
9. Practicar rutinas de relajación antes de acostarse contribuye a dormir mejor (Respiraciones lentas y profundas, relajación corporal...)

Discusión/reflexiones:

La alta prevalencia de insomnio en la población anciana y la relación existente con el elevado consumo de fármacos y sus repercusiones tanto en la vida diaria como en el ámbito económico, debe abordarse en las consultas de atención primaria puesto que esta intervención mejoraría la calidad del sueño mediante técnicas de relajación o terapia cognitiva y, por lo tanto y lo más importante, se aseguraría la calidad de vida de nuestros pacientes.

Se ha demostrado que el abordaje no farmacológico aporta beneficios en términos de coste-efectividad, por lo que deben constituir la primera línea de actuación ante el insomnio. Así mismo, se ahorraría un gran gasto sanitario así como una gestión eficaz de los recursos del sistema sanitario. (14)

Desde el primer momento se le debe dar la importancia que requiere, debido a las consecuencias en el día a día que tiene sobre el individuo, fomentando la educación e higiene del sueño trabajando en conjunto los profesionales de Atención Primaria. Si se realiza correctamente, reduciremos el número de fármacos ingeridos por los pacientes y disminuirémos el coste que supone en el gasto sanitario la prescripción de los mismos así como la dependencia que conllevan.

En toda la evidencia bibliográfica consultada, los estudios corroboran la poca información que se ofrece desde AP acerca del insomnio y medidas para fomentar el sueño así como el poco tiempo e importancia que se le da al problema, por lo que se deben abordar y enfatizar en mayor medida acerca de los tratamientos disponibles y los criterios para tomar una decisión correcta, con el consiguiente disminución de prevalencia.

Hoy en día, se realiza una infrutilización de las medidas no farmacológicas, siendo una mayoría de pacientes los tratados mediante el efecto de los fármacos desde el primer día sin dar opción a las primeras. También cabe destacar la importancia de la implicación del enfermero/a con el personal facultativo para abordar en un sentido más amplio el insomnio.

Además, es fundamental formar a la población general en relación con las medidas no farmacológicas que ayudan a controlar el insomnio y a los enfermeros/as que trabajan en cualquier ámbito de la atención primaria, para poder llevar a cabo un manejo

adecuado en los pacientes con insomnio. Para ello, lo primero que se debe conseguir es concienciar al individuo acerca de la existencia de un problema en el descanso y, por tanto, en su vida y en su día a día. Tras esto, deben existir los recursos pertinentes y las medidas necesarias, expuestas en el apartado de resultados para mejorar la calidad del sueño.

Tras consultar multitud de artículos de investigación y guías de prácticas clínicas, he comprobado el poco avance e importancia que se le da en la actualidad a este tipo de trastorno. Además, los resultados del trabajo se pueden extrapolar a toda la población española siempre teniendo en cuenta las limitaciones citadas anteriormente con la consiguiente necesidad de avanzar en la investigación para poder corroborarlos en mayor medida así como consolidar la formación y la correcta práctica clínica en el abordaje del insomnio en atención primaria.

Por otro lado, es necesario un apoyo a nivel institucional que permite llevar a cabo lo expuesto anteriormente, una formación específica desde el nivel institucional que habilite a dichos profesionales en estas competencias, centrada en conocer los hábitos y conductas perjudiciales para conseguir modificarlas mediante educación para la salud, así como también en la influencia que tienen determinadas actividades enfermeras y la forma de ejecutarlas para el beneficio del paciente.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, es cierto que se han encontrado artículos acerca de los tratamientos que se prescriben y guías de práctica clínica. Sin embargo, existen pocos datos acerca de la prevalencia en municipios concretos así como en zonas básicas de salud. Muchos artículos datan de fecha con antigüedad a los 10 años, por lo que es necesaria una actualización y renovación de los mismos para tomar con mayor validez los datos que transmiten.

Conclusiones

Las repercusiones de sufrir trastorno del sueño y en concreto del insomnio, en la población, merma la calidad de vida de las personas, afectando a su vida cotidiana.

Las causas del insomnio son muy variadas y eso nos lleva a la necesidad de un abordaje integral valorando aspectos más relacionados con la higiene del sueño y no sólo el tratamiento farmacológico del insomnio.

El tratamiento mayoritario en el insomnio es farmacológico frente al no farmacológico, aunque las principales investigaciones van dirigidas a mayores beneficios cuando estas se combinan.

Parece que hay algunas iniciativas de algunas comunidades autónomas sobre el abordaje del autocuidado y manejo de la enfermedad empoderando a los pacientes como talleres de bienestar emocional y paciente experto, aunque más centrado en patologías crónicas. Por ello, sería interesante para futuras investigaciones, ver que se está haciendo en este campo y la posibilidad de utilizarlas en el insomnio que, además de ser muy prevalente, puede llegar a ser crónica en un gran número de pacientes. Por tanto, es evidente la necesidad de una mayor investigación en este ámbito de la salud del sueño reparador que puede desembocar en diversos trastornos y problemas.

Por otro lado, se deberían realizar estudios sobre prevalencia en municipios más en concreto para, lo primero de todo, concienciarse de la importancia del problema y, a partir de ahí, realizar educación para la salud, abastecerse de recursos y, finalmente, provisionarse de los fármacos como última medida de elección y no como primera como ocurre en la actualidad.

Se recomienda la elaboración de un protocolo de diagnóstico e intervención como existe en otras enfermedades para abordarlo de raíz y evitar que se haga crónico. Con ello, se conseguiría reducir la prevalencia y proporcionar un abordaje de calidad acorde a la formación instaurada previamente y, para ello, se debe abordar de forma multidisciplinar entre profesionales y paciente en el abordaje y conocimiento de la enfermedad.

También se propone realizar cursos acerca del insomnio y, con esto, toda aquella gente que se siente identificada pueda acudir a estas sesiones para consultar dudas y poder tener una información razonable para abordar la causa. Así mismo, se deberían

realizar protocolos de detección del trastorno del sueño para hacer una prevención y atajar de raíz posibles efectos en el bienestar de la persona que de ello se deriva.

En definitiva, se debería potenciar, financiar e implementar una intervención formativa en las consultas de atención primaria de los diferentes centros, cosa que actualmente es inexistente.

Bibliografía:

- 1- Viniegra MA, Parellada N, Miranda de Moraes R, Parellada LM, Planas C. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. *Aten Primaria* [Internet]. 2015 [Marzo 2019]; 47(6):351-58. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002893#>
- 2- Chokroverty S. An overview of normal sleep. En: Chokroverty S, editor. *Sleep disorders medicine*. Filadelfia: Elsevier Saunders 2009; 5-21.
- 3- Sarrais F, de Castro Manglano P. El insomnio. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2007 [citado en Ene 2019]; 30: 121-134.
4. Gonçalves F. El sueño normal en el hombre. *GBPC en patología del sueño*. Zamora: IM&C; 2005. Pag 10-25. [citado en Mar 2019].
- 5- Álamo C, Alonso ML, Cañellas F, Martín B, Pérez H, Romero O, et al. P.A.S Insomnio. 2016; [citado en Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- 6- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009 [citado en Mar 2019].
- 7- Rey de Castro J, Alvarez J, Gaffo A. Síntomas relacionados a trastornos del sueño en supuestos sanos que asisten a un centro de Atención Primaria de Salud. *Rev Med Hered* [Internet]. Ene 2005 [citado marzo 2019]; 16 (1): 31-38.
- 8- López F, Fernández O, Mareque MA. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen* [Internet]. 2012 [Citado Abril 2019]; 38 (4): 233-40. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/abordaje-terapeutico-del-insomnio-90134148>
- 9- Contreras SA. (2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 341-349.

10- Morin C, Leblanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 2006; 7:123-30.

11- Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*. 2006; 29:85---93.

12- Martínez N, Anarte C, Masoliver A, Gargallo A, López I. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. 2017 Febrero; 5(1): 27-37

13- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002; 6:97---111.

14- Gancedo A, Gutiérrez AF, González P, Salinas S, Prieto D, Suárez P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. *Aten Primaria*. [Internet] 2014 [citado Abril 2019]; 46(10):549-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-efectividad-una-intervencion-educativa-breve-S021265671400122X>

15- Daley M, Morin M, Leblanc M, Grégoire JP, Savard J, Baillargeon L. Insomnia and its relationship to health care utilization work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Med* 2009; 10:427-38.

16- Boix C, Lopez Torres J, David Y, Tellez J, Villena P, Párrega I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Atención primaria*. [Internet] 2009 41(10), 564-569. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-trastornos-del-sueno-condiciones-ambientales-S0212656709001875>

17- Pardo C, González CM. Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. 2017. *Gerokomos*, 28(3), 121-126.

18- Park MJ, Yoo JH, Cho BW, Kim KT, Jeong WC, Ha M. Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environ Health Toxicol* [Internet]. 2014 Aug 18 [citado el 2019 Abr]; 29.

19- Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H, et al. Prevalencia de uso de benzo-diacepinas y fármacos relacionados en siete bases de datos europeas: estudio descriptivo internacional dentro del proyecto PROTECT-EU. Disponible

en:<http://boletinbifap.wordpress.com/2013/09/16/prevalencia-de-uso-de-benzodiazepinas-y-farmacos-relacionados-en-siete-bases-de-datos-europeas-estudio-descriptivo-internacional-dentro-del-proyecto-protect-eu/>

20- Montgomery P, Dennis J. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002 [Marzo 2019]; Art. No.: CD003403.

21- Campo M, Llor L, Alsinella S, Torras A, Rodríguez P. Catàleg d'actuacions no farmacològiques en salut mental a l'Atenció Primària ICS. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de la Salut; 2011.

22- Vedia C, Bonet, ForcadaC, Parellada N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria. 2005; 36:239-45.

Tablas y Anexos:

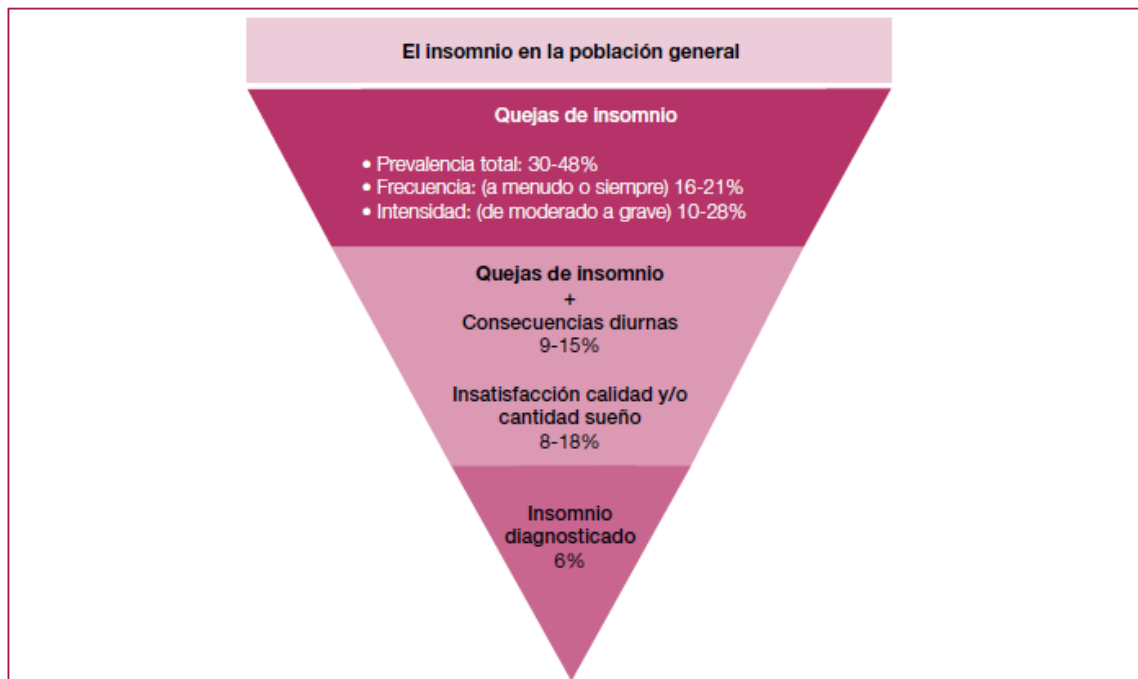
Tabla 1

Especialidad enfermera que pone el diagnóstico Insomnio NANDA DX

NANDA/Especialidad enfermera	%	IC 95%
Familiar y Comunitaria	1,9 %	0,53 y 4,87
Matrona	1,4 %	0,30 y 4,18
Salud Mental	3,9 %	± 2,9
Sin Dx NANDA	90,8 %	± 4,2
Hospitalaria	1,9 %	0,53 y 4,8

Fuente: Unidad docente multiprofesional atención familiar y comunitaria Castellón

Gráfico 1 El insomnio en la población general



Modificado de Ohayon, Sleep med Rev, 2002³

Fuente: Guía práctica clínica para manejo de pacientes con insomnio en AP